UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1948 N° 75

L'ARTHRO-LYMPHATISME

CONCEPTION NOUVELLE DU LYMPHATISME DE L'ENFANT

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1948

PAR

LOUIS GOUGEON

MEMBRES DU JURY

MM.	SOREL	*Président.*
	ROQUES	*Assesseurs.*
	GADRAT	
	LASSERRE	
	GERAUD	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MODERNE
22, rue Sainte-Ursule, 22

1948

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	CALVET
ASSESSEUR		LEFEBVRE
Doyens honoraires		BARDIER
		GORSE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS	MM RISPAL	MM. MERIEL	MM. MAURIN
ARGAUD	LAFFORGUE	CAUBET	RIBAUT
			SERR

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et psychiatrie	MM.	RISER
Clinique médicale		TAPIE (J.)
		ROQUES
Clinique obstétricale		GARIPUY
Physiologie		SOULA
Clinique chirurgicale du cancer		DUCUING
Physique biologique et médicale		BUGNARD
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		NANTA
Chimie et Toxicologie		BRUSTIER
Pathologie generale et médecine expérimentale		SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique		LEFEBVRE
Anatomie		VALLOIS
		CLERMONT
Histoire naturelle		DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL R.
Pharmacie		CAUJOLLE
Pathologie interne		MOREL
Bactériologie, hygiène et médecine sociale		ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		VIRENQUE
Clinique des Maladies des Voies urinaires		FABRE (P.)
Matière médicale		VINCENT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		MERIEL
Anatomie Pathologique		FABRE (J.)
Clinique Oto-rhino-laryngologique et Chirurgie Maxillo-faciale		CALVET
Clinique ophtalmologique		CALMETTES
Chimie Biologique		VALDIGUIE (P.)
Médecine légale et Médecine du Travail		PLANQUES
Histologie et Embryologie		BROUSSY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie..... M. BAISSET, Obstétrique..... GUILHEM, Anatomie..... COULOUMA

AGREGES EN EXERCICE

Anatomie	MM.	LAZORTHES
Histologie		BIMES ch. f.
Médecine		GADRAT
		DARNAUD
		GERAUD
		DARDENNE
		LAPORTE (J.)
Chirurgie		GRIMOUD
		RIEUNAU
		DIEULAFE
		DAMBRIN (P.)
Odonto-Stomatologie		CADENAT
Ophtalmologie		DEODATI
Physique médicale		MARQUES
Pharmacie		COUTURIER
Chimie Générale Pharmaceutique		BLANC
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme	DULUCQ-MATHOU

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol aux élèves sages-femmes		GUILHEM.
Chimie biologique		VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale		BLANC
Physique pharmaceutique		AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie		BAZEX
Législation pharmaceutique		BOUISSET
Microbiologie		BOUISSET
Clinique de la Tuberculose		MOREL L.
		DAMRRIN (P.)
Parasitologie		LASSERRE
Botanique et Cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM.	BLANC
Hydrologie et géologie		ASTRE
Médecine Sociale et du Travail		BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale		THOMAS
Pharmacodynamie		BONHOURE
Bactériologie et Hygiène		LAPORTE
Urologie		LHEZ
Ophtalmologie		DEODATI
Neuro-Chirurgie		LAZORTHES
Oto-Rhino Laryngol		CLAUX
Secrétaire de la Faculté		DUCROS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1948 N° 75

L'ARTHRO-LYMPHATISME

CONCEPTION NOUVELLE DU LYMPHATISME DE L'ENFANT

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1948

PAR

LOUIS GOUJEON

MEMBRES DU JURY

MM.	SOREL	*Président*
	ROQUES	*Assesseurs.*
	GADRAT	
	LASSERRE	
	GERAUD	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MODERNE
22, rue Sainte-Ursule, 22

1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

A MA MERE

A MA BELLE-MERE

A MA FEMME

A MA PETITE MICHELE

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOREL

Professeur de Clinique Médicale Infantile
et Puériculture

qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUES
Professeur de Clinique Médicale
Officier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT
Professeur Agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LASSERRE
Chargé de Cours à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERAUD
Professeur Agrégé à la Faculté

A Monsieur le Professeur CALVET

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
et Maxillo-Faciale

Doyen de la Faculté de Médecine de Toulouse
Chevalier de la Légion d'Honneur

A Monsieur le Professeur LUTON

Directeur de l'Ecole de Médecine
de Clermont-Ferrand

A Monsieur le Professeur WILLEMIN-CLOG

Expression de notre profonde gratitude pour la confiance qu'il nous a toujours témoignée, ainsi que pour l'aide si précieuse apportée dans le choix et l'élaboration de cette thèse.

A Messieurs les Professeurs

ACKERMANN

TERRASSE

Hommages respectueux de notre reconnaissance pour la formation clinique reçue dans leurs services hospitaliers.

A Messieurs les Docteurs

LECOQ

Chirurgien Urologue Assistant des Hôpitaux

CUVELIER

Professeur d'Hydrologie

grâce aux conseils et à l'expérience desquels nous devons d'avoir passé le concours d'internat.

A Mademoiselle le Docteur CHAPELO

A Monsieur le Docteur MENUT

Médecins assistants de Pédiatrie qui nous prodiguent sans cesse leurs conseils précieux en matière de clinique infantile.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE

DE MEDECINE DE TOULOUSE

A TOUS MES MAITRES DE L'ECOLE

DE MEDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A TOUS MES CAMARADES D'ETUDE

D'EXTERNAT,

D'INTERNAT.

INTRODUCTION

Si, du temps de BAUMES, *les médecins considéraient 22 sortes de diathèses, peu à peu, à mesure qu'a évolué l'Art Médical, leur nombre a été en diminuant, leurs différents caractères se sont intriqués au point que deux seulement parmi elles ont survécu : le Lymphatisme et l'Arthritisme, représentant chacune un vaste ensemble de symptômes qu'on a tenté de systématiser en des définitions dont le caractère dominant est l'imprécision.*

Quoi qu'il en soit, mlagré les difficultés de classer les différents signes, les travaux de MARFAN *d'une part pour le Lymphatisme, et de* COMBY *d'autre part pour l'Arthritisme, ont amené les conclusions suivantes :*

1° *Le* **Lymphatisme** *est caractérisé :*

a) *Par une hypertrophie plus ou moins généralisée des organes lymphoïdes ;*

b) *Par une vulnérabilité de la muqueuse des voies respiratoires supérieures.*

Le grand caractère de cette diathèse étant la lenteur et la torpidité de ses réactions.

2° *L'***Arthritisme** *est la déviation de la nutrition transmise de générations en générations, jouant un rôle important dans l'hérédité, vaste groupement d'équivalents divers qui peuvent se remplacer et se combiner dans les générations successives et dans le cours même de la vie d'un individu.*

Le grand caractère étant la brutalité et l'imprévision de ses manifestations morbides.

Une survivance de cette ancienne notion des diathèses fait que chez l'enfant nous continuons, peut-être par routine, à penser que ces deux tempéraments qui s'opposent tant par leurs caractères propres et par leur tendance évolutive peuvent être décrits séparément.

Or, il ne semble pas que cette notion corresponde à la réalité, le Lymphatique pur et l'Arthritique pur semblent actuellement avoir disparu des consultations de pédiatrie.

Par contre, on trouve très fréquemment des enfants présentant un ensemble de caractères ou de symptômes dont les uns appartiennent à la série lymphatique, les autres à la série arthritique.

Dans un ordre d'idée un peu différent, les auteurs d'il y a quinze ou vingt ans, ont tenté de classer les manifestations du dérèglement neuro-végétatif en sympathicotonie et en vagotonie, et ont institué pour chacun de ces deux groupements de symptômes une autonomie bien particulière basée tant sur l'examen clinique que paraclinique ; chacun de ces types agissant au contraire de l'autre et possédant son hormone particulière, adrénaline d'une part, acétylcholine d'autre part.

Cependant la pratique courante a démontré que ces deux sortes de symptômes étaient le plus souvent intriqués et qu'il était difficile de systématiser un type pur, aussi a-t-on rangées toutes les manifestations neuro-végétatives sous la rubrique d'Amphotonie, qui peut d'ailleurs revêtir des formes cliniques dufférentes suivant la prédominance de tel ou tel des symptômes composants.

Preuve nouvelle que la symétrie idéale n'est pas de mise dans l'Art médical.

Nous pensons donc qu'en matière de diathèses, nous pouvons décrire actuellement un type d'enfant que M. Willemin-Clog, *aux Journées Thermales et Pédiatriques d'Auvergne, a proposé d'appeler « Arthro - Lymphatique ou Lympharthritique ». Cette conception n'est pas nouvelle ; en effet, dans la littérature, de nombreux auteurs ont décrit des types d'enfants qui présentaient à la fois*

des symptômes de la série lymphatique et de la série arthritique. Nous citerons pour mémoire l'ouvrage où M. LESAGE *décrit, sous le nom de débilité arthritique, un type mixte.* MARFAN *a décrit également un ensemble complexe fait de lymphatisme et de rachitisme qu'il a intitulé : « Ostéo-Lymphatisme ».*

Plus près de nous, M. André JACQUELIN *a isolé un type décrit sous le nom un peu compliqué d' « Ostéo-conjonctivo-élastopathique », qui se caractérise par : des stigmates de rachitisme, une hypertrophie des formations lymphoïdes, une insuffisance hépato-digestive, et qui expose à des accidents allergiques et à des manifestations de ce que* CZENY *a décrit sous le nom de Diathèse exsudative.*

Le type que nous pouvons décrire sous le nom d'Arthro-Lymphatique ou de Lympharthritique est un enfant maigre, ayant tendance à présenter des réactions du système lymphoïde, entraînant des manifestations respiratoires et digestives. C'est en outre un nerveux décalcifié et un hypodigestif.

Nous allons étudier successivement chacun des différents points de la définition précédente, en prenant comme type de description la deuxième enfance.

CHAPITRE PREMIER

LES DIFFERENTS SYMPTOMES DE L'ARTHRO-LYMPHATISME

L'enfant Lympharthritique ou Arthro-lymphatique est un enfant maigre, présentant des réactions des organes lymphoïdes.

Il s'agit là, bien entendu, d'une hyperplasie persistante, plus ou moins généralisée des glanglions lymphatiques et des organes lymphoïdes résultant de réactions communes, non spécifiques, que peuvent, dans les organes ou les tissus, la plupart des infections ou intoxications prolongées.

Ce tableau exclut de suite tout un ensemble d'hyperplasies lymphoïdes.

1° Celles qui sont localisées, conséquence le plus souvent d'une inflammation locale de voisinage, leur siège d'élection étant la région cervicale, le

point de départ infectieux étant le cuir chevelu, le rhino-pharynx, les oreilles, la bouche ; on exclue également les adénites tuberculeuses du cou.

2° Celles qui sont généralisées, mais transitoires, consécutives à la rougeole, la rubeole, la syphilis secondaire, la maladie sérique, la diphtérie.

3° Celles qui sont généralisées et chroniques, mais consécutives à des infections cutanées elles-mêmes chroniques, et que l'on observe chez l'enfant atteint de prurigo, de gale et d'eczéma plus ou moins infecté, disséminées sur toute la surface cutanée.

4° Celles qui sont généralisées et chroniques, mais spécifiques de la lymphadénie (leucémique ou aleucémique), de la maladie de Hodgkin, de la lympho-sarcomatose, de la lympho-garnulomatose bénigne, des polyadénites tuberculeuses ou syphilitiques.

Le signe le plus important et le plus évident de cette hyperplasie lymphoïde est l'augmentation de volume des ganglions superficiels, inguinaux, axillaires, qu'il faudra rechercher au sommet du creux appliquées contre la paroi, et cervicaux.

A la palpation, on sent facilement de petits nodules durs, indolents, non soudés, roulant sous le doigt, tantôt un peu volumineux, de la grosseur d'un pois à celui d'une petite cerise, tantôt analo-

gues à des grains de plomb de chasse (Micropolyadénopathie) ; entre ces deux formes extrêmes existent d'ailleurs toute une série d'intermédiaires. Parfois, d'ailleurs, on note la présence de ganglions de taille différente.

Dans la forme commune, la polyadénie ne frappe guère que des groupes de ganglions superficiels que nous avons énumérés plus haut, mais il n'est pas rare que dans les formes plus sévères soient pris les occipitaux et le sus-épitrochléen qu'il faut rechercher systématiquement et que l'on découvre en palpant la face interne du bras à un ou deux centimètres au-dessus de l'épitrochlée et qui se révèle sous la forme d'un petit nodule dur, indolent, roulant sous le doigt.

Cette polyadénie périphérique s'acompagne d'une anémie ordinairement légère, qui se manifeste par un certain degré de pâleur. Elle se caractérise par une diminution modérée du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine et par une leucocytose plus ou moins accentuée due surtout à l'augmentation des lymphocytes.

Dans la plupart des cas, le tableau de l'hyperplasie lymphoïde ne se borne pas à cette simple intumescence ganglionnaire, en effet il s'y ajoute une hypertrophie des amygdales palatines et pharyngées ; le développement des végétations adénoï-

des est très précoce ; l'hypertrophie des amygdales palatines est un peu plus tardive.

L'ensemble de ces formations, auxquelles s'ajoute l'amygdale linguale située sur le dos de la langue en arrière du V lingual dans sa portion pharyngée verticale, constitue l'anneau lymphatique de WALDEYER. L'hypertrophie portant sur des follicules isolés porte le nom de : « Pharyngite folliculaire hypertrophique ».

Les infections rhino-pharyngées, les adénoïdites, amygdalites, très fréquentes chez les enfants qui présentent de l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx, sont favorisées par elle ; ces infections peuvent à leur tour contribuer à son accroissement ; elles n'en constituent pas le *primum movens*. Cet enfant sera, de ce fait, un candidat à l'otite moyenne et à ses complications. Il en est de même en ce qui concerne les voies respiratoires inférieures. Trachée et bronches donnent la trachéo-bronchite chronique, entraînant l'asthme, dont nous étudions les manifestations morbides dans un des chapitres ultérieurs.

L'étude du tissu lymphoïde de la muqueuse intestinale ne conduit pas à des conclusions aussi précises que celle du tissu lymphoïde des muqueuses respiratoires en particulier. SIMON, en 1903, a montré dans sa thèse de Paris, que ce tissu est très souvent tuméfié au cours des différentes infections et intoxi-

cations ; il est donc impossible de savoir si l'hypertrophie du tissu lymphoïde de la muqueuse intestinale est antérieure ou secondaire aux affections dont l'enfant a été atteint.

Quoi qu'il en soit, ce sera un sujet anorexique, aux digestions lentes, aux selles peu consistantes et souvent diarrhéiques.

Une circonstance intéressante est la relation qui existe entre l'hypertrophie du tissu lymphoïde et les infections du pharynx d'une part ; les infections intestinales : colites et entérocolites dautre part.

Ces relations ont été signalées par TRIBOULET en 1898, AVIRAGUET en 1908, ROUX et JOSSERAND en 1916 ; ces derniers ajoutent : « Nous n'avons jamais rencontré une entéro-colite sans adénoïdites aiguës ou chroniques ».

Nous verrons, dans un chapitre suivant, le mécanisme de cette relation et sa mise en évidence clinique et biologique. Cette infection n'est d'ailleurs pas la seule cause des syndromes intestinaux ou coliques, qu'elle existe ou non, elle n'exclut pas la prédisposition spéciale de la muqueuse.

Il en est de même pour l'appendice, dont l'atteinte serait en rapport avec des infections adénoïdes.

B) L'enfant Arthro-Lymphatique est un décalcifié

Ceci correspond à ce que Marfan avait décrit sous le nom d'Ostéo-Lymphatisme.

Nous constatons chez cet enfant des stigmates, plus ou moins marqués de rachitisme, ayant porté sur l'un quelconque des trois segments : tête, thorax et membres inférieurs.

a) Si la tête est intéressée, nous constatons une saillie des bosses frontales, réalisant le classique aspect du crâne eratiforme ou du front bombé.

Parfois aplatissement de l'occiput et brachycéphalie. On note également des déformations de la voûte palatine en ogive, et une saillie du maxillaire supérieur en avant donnant un retroguatisme plus ou moins prononcé.

b) Si le thorax est intéressé, notre examen nous montrera les classiques nodosités costales du chapelet rachitique. La cage thoracique sera élargie dans sa partie inférieure par éversion des dernières côtes et parfois, dans les cas graves, on aura une projection en avant du sternum, réalisant l'aspect du bréchet de poulet.

c) Si le rachitisme est venu tardivement, c'est au niveau des membres inférieurs que porteront les lésions donnant soit le pied plat, soit le genou

varum ou valgum. D'ailleurs l'examen clinique sera confirmé par la radiographie, qui nous montrera les déformations caractéristiques :

Au niveau des extrémités diaphyso-épiphysaires, on note un élargissement, surtout sur le radius et le cubitus, dont la radiographie nous révèlera le niveau.

On constatera également, au niveau de l'extrémité inférieure de la diaphyse, une zone osseuse dense, se dessinant sous la forme d'une ligne opaque, convexe ou concave en bas.

Tout le long de la diaphyse, la couche sous-périostée opaque contraste avec le reste de l'os, clair, peu calcifié, le tout réalisant l'aspect de l'os bordé.

Chez la majorité de ces enfants, on note un signe de Chvosteck dans 80 % des cas.

M. Willemin-Clog attribue ce phénomène à un reste de spasmophilie latente de la toute première enfance, et il a lui-même constaté que des enfants qu'il avait vu âgés de quelques mois seulement et qui présentaient des manifestations de tétanie latente, gardaient comme séquelle un signe de Chvosteck, acompagnant les autres manifestations de l'arthro-lymphatisme.

Ces enfants présentent, en outre, de multiples caries dentaires et des déformations dans la struc-

ture morphologique de la dentition. Ces anomalies étant d'ailleurs différentes de celles décrites par HUTCHINSON chez l'hérédo-syphilitique.

L'ENFANT ARTHRO-LYMPHATIQUE EST UN NERVEUX

Parfois maître symptôme, ayant le premier attiré l'attention des parents et les ayant conduit au cabinet du médecin, la paresse scolaire se révèle l'apanage de notre jeune sujet ; pourtant il semble précoe, car il apprend vite ; mais versatile ou inattentif, car une nouvelle vision ou audition chasse la précédente. Il oublie aussi vite ce qu'il a appris aussi rapidement ; il apprend au vol et finit de sorte par savoir peu de choses. Son cerveau marche à vide et sans rendement ; son travail mental est très rapide, car il lui est impossible de faire une série d'efforts ; il travaille en dormant.

C'est fréquemment un grincheux, un mécontent, toujours insatiable dans ses désirs ; à peine possède-t-il une chose qu'il en veut une autre ; à peine a-t-il ouvert un livre qu'en deux minutes il le parcourt pour le fermer à jamais ; à peine est-il en train de goûter un plaisir quelconque, qu'il se demande déjà quel va être son prochain désir.

D'autres fois, notre jeune sujet se fera au contraire remarquer en classe par sa distraction, pouvant réaliser à un degré extrême ce que LESAGE appelle « L'Absentéisme ».

L'enfant est « dans la lune », reste de longs moments le regard vague, atone, dans le vide, son livre restant ouvert à la même page. Il ne paraît ni entendre, ni voir.

Interpellé, il ne sort qu'avec peine de son rêve et ne sait pas où il en est ; il a entendu, mais il n'a pas écouté, par suite de l'impossibilité complète qu'il a de faire un effort d'attention.

Quand la crise cesse, on se trouve en présence d'un enfant intelligent, mais qui retient essentiellement ce qui l'intéresse, même pendant ses moments d'absence.

Cet enfant est fréquemment un rêveur, qui vit avec une idée, dans la crédulité et l'illusion ; « l'illusion, dit LASÈGUE, s'appuie sur la réalité, mais elle la brode ». Cette illusion peut être prise par lui pour une réalité, il finit par croire qu'elle est vraie.

Cette impuissance à faire un effort intellectuel existe également au point de vue physique ; il se sent faible par rapport aux autres enfants, aussi se tient-il à l'écart des jeux, dans un coin de la cour ; il joue sans volonté ni attention ; s'il joue par exemple au cheval, il sera dans les brancards, obéissant toujours, ne commandant jamais.

Mais, à part ces travers psychiques, l'enfant n'a aucun mauvais penchant, n'est pas pervers, ne fait

ni vols, ni fugues ; il n'est ni jaloux, ni envieux, ni cruel ; il est « quelconque ».

De plus, l'interrogatoire des parents nous révèlera que chez certains de ces enfants, on trouve un sommeil agité, entrecoupé de rêves et de cauchemars ; l'enfant, parfois, se réveille en criant, en proie à une terreur intense.

D'autre fois, à un degré extrême, l'enfant est somnambule ; il se lève, fait quelques pas, puis se recouche et, un moment après, recommence ses pérégrinations. A son réveil, l'enfant ne se souvient de rien, parfois même il sort de son sommeil ailleurs que dans son lit.

Souvent, notre sujet sera un énurétique, perdant inconsciemment ses urines pendant la nuit, même si l'on prend toutes précautions, telle que celle de faire uriner l'enfant à une heure fixe au nyctemère.

Il s'agit là, bien entendu, d'une énurésie essentielle, les examens cliniques et radiologiques ayant éliminé des malformations de l'arbre urinaire ou un spina bifida.

L'enfant Arthro-Lymphatique

est un hypodigestif

Ce sera souvent seulement après un interrogatoire poussé que, chez cet enfant maigre, décalcifié, retardé scolaire, nous mettrons en évidence un appétit capricieux et des digestions défectueuses, avec balonnement, pesanteur post-prandiale.

D'autres fois, ces enfants auront un bon appétit, des digestions faciles, mais ils ne profiteront pas de leur alimentation, ils seront maigres, malgré cet apport alimentaire satisfaisant et une assimilation apparemment bonne.

Cet enfant présente toutes les variétés de troubles digestifs connus, mais il a peut-être plus souvent que les autres des embarras gastriques et surtout des crises d'entéro-colite survenant après des excès alimentaires, ou même parfois sans cause apparente. On note à cette ocasion l'apparition d'une débacle diarrhéique qui peut revêtir toutes les couleurs et a, pour caractère principal, d'être brûlante et cuisante. La débacle est précédée de coliques et accompagnée d'une sensation de fatigue qui, après un court sommeil, fait parfois place à une agréable impression de bien-être. Cette crise est apyrétique, de courte durée, et n'altère que peu l'état général.

D'autres fois, la débacle sera muco-membraneuse et éclatera le plus souvent spontanément, sans cause et sans prodromes.

En général, dans cette variété de débacle qui est plus longue que les précédentes, l'organisme éprouve de la fatigue, de l'asthénie, et ne ressent pas le bien-être signalé plus haut.

Mais surtout, chez notre enfant, nous noterons des manifestations hépatiques se signalant de diverses façons. Tantôt on constate une crise biliaire, véritable débacle polycholique, qui survient brusquement sans douleur, ni gêne,ni cause ; quelques selles hypercolorées, parfois vertes, et c'est tout.

Dans ces cas, on note parfois une augmentation du volume de l'organe portant surtout sur le lobe gauche, qui est un peu sensible à la pression. On note parfois un point vésiculaire assez net.

Mais surtout, on décèle cette insuffisance hépatique par ses manifestations céphaliques et, en premier lieu, la migraine qui est surtout observée à partir de 5 ans et qui se caractérise par la typique céphalée précédant les vomissements qui, dans les cas extrêmes, deviennent incoercibles, avec une acétonurie importante : ce sont les classiques vomissements cycliques, dont nous étudierons les manifestations dans un chapitre ultérieur.

Cette migraine peut éclater spontanément, sans cause apparente ou à la suite d'ingestion d'œuf ou de lait ; elle revêt une certaine périodicité.

D'autres fois, elle revêt des aspect différents, se présentant sous le type ophtalmique, ou se traduisant par des crises d'amblyopie, au cours desquelles l'œil cesse de voir complètement, ou ne voit qu'une partie des objets qui l'entourent.

Cette amblyopie est absolument indolore et le plus souvent unilatérale. Dans ce cas, le diagnostic devra se poser avec la possibilité d'une intoxication alimentaire par le bacillus botulinus, ou avec l'amblyopie des petites hémorragies rétiniennes.

D'autres fois, migraine à type otitique, caractérisée par une douleur violente, tenace, continue, s'exaspérant par paroxysmes. Souvent, le diagnostic d'otite se pose, malgré la température qui se révèle normale. La double paracentèse n'amène aucunement la sédation de ces douleurs qui, quelques temps après, cessent avec la même brusquerie qu'elles avaient apparu.

CHAPITRE II

LES MANIFESTATIONS MORBIDES AIGUES DU TEMPERAMENT ARTHRO-LYMPHATIQUE

Après en avoir donné une définition et présenté les différents symptômes constituant le tempérament arthro-lymphatique, il nous faut maintenant envisager les conséquences pathologiques et les manifestations morbides aiguës qu'entraîne une telle constitution.

***

A. — Manifestations aigues intéressant les organes lymphoïdes.

Quelle est la réaction du système lymphoïde en présence d'une infection aiguë banale ?

Deux modes de réactions semblent devoir être envisagés :

1° Seul l'anneau de Waldeyer paraît être cliniquement intéressé. C'est la réaction banale fréquente : l'adénoïdite avec amydalite.

2° Seuls les ganglions semblent cliniquement intéressés ; bien que l'anneau de Waldeyer soit en réalité la porte d'entrée, et c'est alors ce que nous pourrons appeler l'intumescence ganglionnaire fébrile, différente d'ailleurs de la fièvre ganglionnaire de PFEIFFEN qui, elle, conserve son autonomie propre dans le cadre de la monocytose infectieuse.

Le début de cette intumescence ganglionnaire fébrile se perd plus ou moins dans les symptômes de l'infection générale qui lui a donné naissance. Il s'agit d''un enfant qui a fait de la fièvre à l'occasion d'un gros rhume ; malgré le traitement, la température n'est pas retombée à la normale ou est remontée rapidement. A ce moment apparaît l'intumescence des ganglions superficiels qui, avec la température, constituent à eux seuls tous les signes de cette manifestation morbide.

La tuméfaction ganglionnaire occupe la région sous-angulo-maxillaire, elle est unie ou bilatérale, pluri-ganglionnaire, affectant même la chaîne cervicale.

Les ganglions sont de dimension variable, les plus volumineux pouvant même atteindre le volume d'une noix. Ils restent en général bien distincts les uns des autres, ne sont pas soudés par la périadénite.

La peau superficielle est normale ou légèrement luisante ; souvent indolents, ils se révèlent parfois

douloureux à la pression et parfois même spontanément.

La température est élevée, au voisinage de 39°, 39°5, avec parfois une légère rémission matinale, ou parfois l'inverse.

L'état général est bon et l'affection semble bien supportée. Cependant, dans les cas prolongés, on observera souvent un léger état saburral des voies digestives.

L'examen de la gorge nous révèlera : une intumescence des amygdales avec une angine érythémateuse ou érythématopultacées et, parfois, plaquées contre la paroi postérieuse du pharynx : des traînées blanc-jaunâtres de muco-pus.

Abandonnée à elle-même, cette affection évoluera en quelques jours vers la rémission ; la courbe fébrile tombe en lysis et les intumescences ganglionnaires vont peu à peu s'amender, mais sont plus lentes à disparaître que les manifestations thermiques et traînent parfois en longueur pendant quatre, cinq, six semaines et parfois plus.

Le diagnostic de cette intumescence ganglionnaire fébrile est assez facile : il se pose peu avec la leucémie aiguë ou l'angine agranulocytaire ; il peut seulement faire un pe hésiter avec le bubon, parfois première manifestation d'une scarlatine fruste ; il faut alors rechercher dans les antécédents

la possibilité d'un érythème, même fugace, et l'on essayera d'appuyer le diagnostic sur l'état de la langue et sur la desquamation classique.

Autre diagnostic, celui-là parfois uniquement biologique, avec les monocytoses infectieuses.

***

B. — Manifestations aigues intéressant le système nerveux.

Les manifestations aiguës intéressant le système nerveux sont surtout des crises cycliques :

— soit crises de vomissements avec acetonurie ;

— soit crises d'entéro-colites à point de départ rhino-pharyngé ;

— soit crise d'asthme ou d'intolérance cutanée telles qu'eczéma et prurigo.

a) *Les vomissements cycliques avec acétonurie.*

Depuis l'observation princeps de Guère dans les précis des travaux de la Société Médicale de Dijon (1838-1841), les opinions émises sur la pathogénie de ces crises peuvent être ainsi classées :

1° Elles sont dues à une intoxication par l'acétone et les divers corps cétogènes. A certains moments, il y aura unebrusque mise en ilberté d'une grande quantité d''acides gras qui, ne pou-

vant subir la transformation complète s'arrêtent au stade « Cétone » de la B Oxydation de KNOPP. Cette opinion a d'ailleurs été rejetée.

2° Elles sont le résultat d'une intoxication intestinale (spasme, colique avec rétention des matières), opinion également discutée par la plupart des auteurs.

3° Théorie allergique également controversée.

4° Elles relèvent d'un trouble hépatique (modifications de volume de l'organe, douleur, acholée fréquente, signe de cholémie familiale).

Il faut avouer que, sur ce sujet, nous sommes encore à l'ère des controverses et des grandes théories.

Voyons maintenant comment se présente, cliniquement, la crise : celle-ci débute brusquement, du moins en apparence, car la mère qui connaissait bine son enfant a déjà remarqué des signes avant-coureurs.

— Tantôt une crise de Boulimie, rare chez cet enfant habituellement anorexique.

— Tantôt une migraine apparue brusquement.

— Tantôt, au contraire, l'appétit, déjà minime, fait subitement défaut.

— Tantôt agitation insolite.

— Tantôt constipation ou troubles intestinaux divers.

Les symptômes cardinaux sont d'une part les vomissements et les modifications brutales de l'état général.

Les vomissements prennent le type incoercible avec une intolérance digestive complète avec, dans leur intervalle, un état nauséeux continuel.

L'haleine et les vomissements exhalent l''odeur caractéristique de l'acétone, que l'on retrouvera en grande quantité dans l'examen des urines.

Les vomissements, intenses les premiers jours, vont s'amender rapidement.

Modification de l'état général : caractérisée par une deshydratation importante de l'organisme.

L'enfant est déprimé, inerte, prostré, immobile, mais conserve sa conscience parfaite.

L'amaigrissmeent est rapide, la température est normale, il n'y a pas d'inégalité pupillaire et, dans la majeure partie des cas, la ponction lombaire est négative.

De pronostic généralement bon, cette affection peut, dans certains cas, revêtir des formes graves à type nerveuses, dont certains cas ont abouti à la mort (Willemin-Clog et Menut. - Société de Pédiatrie de Paris. - *A propos de cas mortels de vomissements acétonémiques*).

Dans la forme normale, l'examen des viscères est négatif, la langue n'est pas chargée et se déssèche rapidement ; parfois cependant on note une légère hypertrophie du foie portant surtout sur le lobe gauche, qui peut être un peu douloureux à la pression ; le ventre est souple et ne présente aucune contracture de défense. Le réflexe cutané abdominal est conservé et même exagéré ; absence complète du point de Mac Burney.

Les vomissements et les modifications de l'état général durent quelques heures, quelques jours et, brusquement, en quelques heures, l'enfant reprend sa santé antérieure et son appétit. Ces crises surviennent avec une certaine fixité à des intervalles plus ou moins rapprochés.

Il est à noter que ces crises ont leur maximum entre 2 et 6 ans.

b) *Les crises d'entéro-colite à point de départ rhino-pharyngé.*

Existant seule, soit alternant avec d'autres manifestations cycliques, la crise d'entéro-colite survient soit à la suite d'excès alimentaires, soit apparaissant sans cause. Le début en est variale, succédant à une rhino-pharyngite traînante, avec un léger état subfébrile 38, 38°5 : l'enfant, brusquement, est pris de vives douleurs sur le trajet du colon et, quelques heures après, il y a émission d'une débacle diar-

rhéique qualitativement et quantitativement variable, pouvant aller de la selle molle et pâteuse jusqu'à celle glaireuse et sanguinolente de l'entéro-colite muco-membraneuse.

L'association des quatre signes suivants : rhino-pharyngite, douleurs, température, débacle diarrhéique, constituent les syptômes fondamentaux des crises cycliques avec entéro-colite.

Cette crise est à point de départ rhino-pharyngé ; ce fait est mis en évidence par l'efficacité du traitement chirurgical consistant en ablation des végétations adénoïdes, qui supprime radicalement toutes crises ultérieures.

c) *Crises d'asthme avec manifestations cutanées allergiques.*

Chez le même enfant, on pourra voir à intervalles variables succéder une crise d'asthme ou une éruption d'eczéma ou de prurigo. Les uns et les autres ne présentent aucune particularité.

Donc, comme nous venons de le voir dans ce chapitre, l'enfant arthro-lymphatique est sujet à divers accidents d'ordre lymphoïde ou nerveux.

Bien entendu, sa fragilité hépatique fera réagir cet organe au moindre écart. Cet enfant sera sujet : aux ictères sous toutes leurs formes, aux divers accidents de l'hépatisme, depuis la simple « fatigue hépatique » jusqu'aux grands accidents d'anaphylaxie.

Evolution de l'Arthro-Lymphatisme

Il nous faut étudier le type arthro-lymphatique, dans deux périodes de son existence ; d'une part, ce qu'a été le nourrisson arthro-lymphatique et, d'autre part, ce que sera l'adulte, évolution de l'enfant arthro-lymphatique.

1. — Le nourrisson arthro-lymphatique.

A la naissance et pendant les premiers mois de la vie, ce pourra être un gros enfant à chairs molles et pâles, à l'abdomen hypotonique distendu, avec un gros météorisme et une hypertrophie de la glande hépatique.

Mais, beaucoup plus souvent, ce sera un enfant d'aspect chétif, malingre, dont la croissance est lente, paresseuse, irrégulière, insuffisante. La taille et le poids seront inférieurs à la normale ; la première dent sort bien après le sixième mois, l'évolution dentaire ultérieure est difficile, les premiers pas sont tardifs.

Des déformations de type rachitique apparaissent précocement, le tissu lymphoïde présente déjà une facilité à proliférer.

Le thymus est volumineux et lent à regresser.

2. — **L'adulte, évolution de l'enfant arthro-lymphatique.**

Ce type d'adulte est extrêmement intéressant et sa description a été maintes fois réalisée ; on note les publications de TUFFIER et GLENARD, de KLIPPEL et de ses élèves, de HENOT, de WETTERWALD, de COMBY, de MARFAN de HUTINEL, de LESAGE. La plus récente description semble être celle que M. André JACQUELIN a donnée sous le nom de type élasto-conjonctivo-élastopathique et que les homéopathes désignent sous le nom de type fluorin.

Ce sont des individus petits, mais trapus, à type bréviligne, mégalosplanchique, leur taille est inférieure à 1 m. 60 et l'ensemble est complété par la maigreur et la constitution débile.

Cet individu se caractérise surtout par un ensemble d'irrégularités, de dysharmonies très apparentes.

a) *Déformations osseuses et troubles dentaires.*

Toutes ces déformations, selon leur netteté et leur importance, apportent une note dystrophique plus ou moins caractéristique et plus ou moins accentuée, elles sont surtout les vestiges d'un rachitisme de la deuxième enfance.

Leur tête présente un front bombé, à type olympien ou natiforme et, fréquemment, ce sont des brachycéphales.

Leur massif facial nous donne une atrophie de l'étage moyen de la face, le tout contribuant à donner un faciès adénoïdien avec déviation de la cloison nasale, incurvation ogivale de la voûte palatine. L'ensemble de ces manifestations est complété par la présence de polypes sur la muqueuse des cornets.

Leur dentition est rarement normale et son étude offre un grand intérêt ; il n'y a pas d'articulation des arcades dentaires, il y a protrusion de la supérieure sur l'inférieure, d'où rétrognatisme. De plus, leur implantation est irrégulière et les dents présentent des déformations intrinsèques, des tendances aux caries et à la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Au point de vue thoracique, ces malades présentent souvent des déformations caractéristiques, signant la séquelle du rachitisme de la deuxième enfance : les membres inférieurs présentent diverses irrégularités : genu varum, genu valgum, tibias courts, parfois en lame de sabre.

b) *Déficience générale du tissu élastique.*

Cette élastopathie, souvent héréditaire et familiale, est tantôt parcellaire, tantôt généralisée.

1° Perte de l'élasticité cutanée ; on note des vergetures surtout sur l'abdomen, la racine des cuisses, la région mammaire.

2° Perte de l'élasticité des ligaments ; on note des subluxations fréquentes, les articulations présentent aussi des mouvements trop amples, prédisposant aux entorses.

3° On note comme corollaire une perte de l'élasticité des ligaments viscéraux entraînant des ptoses viscérales des différents organes.

4° Les vaisseaux, eux aussi, ne sont pas épargnés, on notera des varices, des hémorroïdes et des scléroses aortiques.

c) *Manifestations lymphoïdes.*

Surtout chez l'adolescent et chez l'adulte jeune on notera des végétations adénoïdes prédisposant aux infections du rhino-pharynx ; de volumineuses amygdales périodiquement enflammées.

Toutes ces inflammations chroniques entretenues au niveau du rhino-pharynx sont l'origine des affections pulmonaires torpides dont souffrent ces malades, ces infections sont sans processus inflammatoire, elles sont puriformes aseptiques.

***

FORMES CLINIQUES DE L'ÉTAT ARTHRO-LYMPHATIQUE

On pourrait évidemment décrire autant de formes cliniques que nous avons vu de symptômes au chapitre premier ; c'est-à-dire que nous pourrons

avoir un type à prédominance lymphoïde se rapprochant alors par bien des points à ce qui, il y a plusieurs années, on pouvait appeler le lymphatisme.

Ce type lymphoïde pur est particulièrement exposé à ce que nous avons, au chapitre II, décrit sous le nom d'intumescence ganglionnaire fébrile. Tout à l'opposé, on trouvera le type digestif pur, très proche de l'arthritisme, dont les principales manifestations morbides seront les crises cycliques.

Mais, parmi toutes les formes, une des plus intéressantes sera sans contredit la forme à prédominance rachitique ; ce que MARFAN avait décrit sous le nom de type Ostéo-lymphatique.

ETIOLOGIE

Nous abordons là un sujet extrêmement complexe, pour lequel on en est encore aux hypothèses et aux théories ; quoi qu'il en soit on peut émettre divers points de vue :

1° L'enfant arthro-lymphatique est un descendant de ce qu'on appelait autrefois les Neuro-arthritiques.

En effet, si nous poussons attentivement l'enquête dans les antécédents de ces enfants, nous y retrouvons : des lithiasiques, des artério-scléreux, des eczémateux.

Associé à cet état diathésique, nous trouvons maintes fois une intoxication exogène chronique, telle que saturnisme et surtout alcoolisme.

2° Certaines hypothèses font jouer un grand rôle à la syphilis ; cependant, il semblerait qu'en matière de diathèse, on ne se trouverait pas en

présence d'une syphilis virulente, mais de lésions cicatricielles ou dégénératives, ou bien on se trouve en présence d'un virus qui, sur plusieurs générations, a épuisé sa virulence.

3° Un autre facteur qui, pour certains auteurs, jouerait un grand rôle, est l'âge des géniteurs ; en effet, souvent un enfant arthro-lymphatique est issu de parents âgés.

PATHOGENIE

Là encore, nous sommes réduits à des hypothèses : pour certains auteurs, il y aurait à la base une insuffisance thyro-hypophysaire, pour d'autres un dérèglement vago-sympathique qu'ils essaient de confirmer en s'appuyant sur l'argument que ces enfants sont des hyperémotifs.

Enfin, on a invoqué des troubles des différents métabolismes en s'appuyant sur le syndrome humoral :

— hyperuricémie,

— hypercholesterinémie,

— hyperbilirubinémie,

— hyperazotémie.

Ces enfants présentent une tendance marquée à l'alcalose et le pH urinaire est élevé.

La lame de sang révèlera une mononucléose et une éosinophilie. Chez ces enfants, enfin, on note une grande instabilité humorale et des tendances marquées au choc, et cette instabilité portera dans différents domaines :

— psychique,
— alimentaire,
— météorologique,
— médicamenteux.

TRAITEMENT

Devant ce cas clinique, si courant en consultation quotidienne du pédiatre, nous possédons un arsenal thérapeutique assez important, qui nous permettra de modifier, dans une certaine mesure, les tendances morbides du tempérament arthro-lymphatique. Nous pourrons mettre en œuvre trois sortes de traitement.

1. — Traitement médical.

Le traitement médical comportera plusieurs médicaments, à répartir en plusieurs périodes.

Tout d'abord nous pourrons, dans une première période, associer l'iode, l'arsenic, avec du soufre par exemple, tous ces éléments étant donnés à dose moyenne, variable bien entendu avec l'âge et le poids de l'enfant.

Dans une deuxième période, notre traitement visera à corriger l'insuffisance hépatique, et nous verrons donc rentrer en jeu divers médicaments,

parmi lesquels les extraits hépatiques feront prime ; on se trouvera bien de prescrire quelques petits excitants de la cellule hépatique tels que le calomel, le lactose sous forme de petits paquets à absorber à jeun, quelques instants avant les trois principaux repas ; la teinture d'artichaut à raison de 20 à 30 gouttes réparties en trois prises quotidiennes, la teinture de Boldo, l'huile de Hûarlem, les peptones à petite dose ; tous ces principes étant isolés, ou formulés en une seule préparation.

La troisième période sera réservée à la reminéralisation, c'est-à-dire que nous ferons rentrer en jeu l'association calcium-phosphore avec adjonction de vitamine D,cette dernière à la dose moyenne de 15 milligrammes par mois ; et enfin, si besoin est, les rayons ultra-violets constitueront un adjuvant précieux.

2. — Traitement hydrominéral.

Le traitement hydrominéral constituera un adjuvant précieux du traitement médical et nous y aurons recours le plus souvent possible : mais là, devant la multiplicité des sources thermales, un problème se posera : quelle station choisir ? Nous pouvons résoudre facilement ce problème si nous considérons les différents symptômes de l'arthro-lymphatisme.

a) Si le jeuen sujet est à prédominance lymphoïde et si son rhino-pharynx n'est pas trop infecté, cet enfant tirera grand profit de la Bourboule, dont la grande indication sera la source Choussy en boisson.

La seconde station est St-Honoré-de-la-Nièvre qui, hydrominéralisée, sera favorable dans les rhino-pharyngites.

b) Grosse infection du rhino-pharynx : les infections rhino-pharyngées trouveront leur indication à Allevard, Uriage, Challes.

c) L'ostéo-lymphatisme : l'ostéo-lymphatisme devra tirer profit d'une cure aux stations chlorurées sodiques fortes et en premier lieu Biarritz-Briscous.

d) Les hypodigestifs : les enfants à prédominance digestive, sujets aux entéro-colites et aux vomissements cycliques à point de départ intestinal, se trouveront améliorés par une cure à Chatel-Guyon.

Les spasmodiques iront à Plombières. Et enfin, les enfants présentant des phénomènes d'insuffisance hépatique marqués, tireront profit de Vichy.

3. — Traitement oto-rhino-laryngologique.

Peut-être responsable, par ses multiples interventions, de la disparition de ce qu'a été le lymphatisme classique, le traitement oto-rhino-laryngolo-

gique sera employé toutes les fois qu'il sera nécessaire et, en tout premier lieu, dans les crises cycliques avec entéro-colite à point de départ rhino-pharyngée. Dans un tel cas, l'ablation des végétations adénoïdes supprimera définitivement les crises.

On aura recours également à ce traitement chirurgical toutes les fois que l'état du rhino-pharynx retentira sur les ganglions de voisinage.

CONCLUSIONS

Voilà donc décrit, dans ses grandes lignes, le type d'enfant que nous avons appelé Arthro-Lymphatique.

Nous n'avons pas ici la prétention de révolutionner les données classiques, mais de coordonner un type d'enfant qui correspond à la réalité. En effet, à l'heure actuelle, le terme de lymphatisme n'est que la survivance des anciennes notions, qui cherchaient à opposer deux diathèses qu'on décrivait parallèlement et dont les différents caractères et les particularités évolutives étaient formellement opposées.

Dans la pratique courante, le lymphatisme d'autrefois semble disparu ; peut-être les interventions systématiques des oto-rhino-laryngologistes, en supprimant les obstacles et de ce fait l'infection du rhino-pharynx, en sont-elles la cause.

Ce qu'on voit à l'heure actuelle est un type d'enfant dystrophique, associant différents carac-

tères de ce qu'ont été le lymphatisme et l'arthritisme.

Il ne sagit pas pour nous de révolutionner ainsi toute une série de notions, mais nous ferons remarquer que ce nest pas la première fois que des auteurs essayent de créer un type mixte. MARFAN, dans son type ostéo-lymphatique, décrit un enfant présentant les signes de la série lymphatique et rachitique, indiquant les mêmes processus.

LESAGE, dans la *Débilité arthritique chez l'enfant*, décrit un type où il fait rentrer des éléments de la série lymphoïde. Et enfin, plus récemment, M. André JACQUELIN décrit le type Ostéo-arthro-conjonctivo-élastopathique chez lequel nous trouvons des proliférations des organes lymphoïdes associés avec des manifestations d'insuffisance digestive.

Donc, dans notre type Arthro-lymphatique, nous avons mis en relief les principaux caractères suivants :

1° Il s'agit d'un enfant maigre.

2° Ce sujet présente des manifestations du côté des organes lymphoïdes. Polyadénopathie des ganglions superficiels d'une part, atteinte des muqueuses respiratoires et digestives.

3° C'est un nerveux : présentant une instabilité motrice et psychique, dont le sommeil même est

agité, entrecoupé de terreurs nocturnes ; cet enfant est, en outre, fréquemment un enurétique. Au point de vue scolaire, c'est un instable, mais il est intelligent et pourrait bien faire.

4° C'est un rachitique : soit précoce ou tardif, avec diverses déformations de la tête, du tronc et des membres inférieurs. Il a en outre des caries dentaires multiples. Chez 80 % de ces enfants, on trouve un signe de Chvosteck qui, pour M. WILLEMIN-CLOG, constitue un stigmate indélébile de spasmophilie latente ancienne.

5° C'est un hypodigestif : présentant une insuffisance fonctionnelle hépatique, sujet aux vomissements cycliques, avec acétonémie, et aux crises d'entéro-colite. C'est un anorexique, déjà même à l'âge du nourrisson.

6° Pour ce type, on pourrait décrire autant de formes cliniques que de symptômes, mais nous n'en retiendrons que deux : le type lymphoïde pur et le type ostéo-lymphoïde.

7° Cet enfant est sujet à des manifestations aiguës telles qu'intumescence ganglionnaire fébrile et crises cycliques, soit de vomissements, soit d'entéro-colite.

8° Son traitement associera la triade : Arsenic, Toniques du foie, Calcithérapie et vitamine D avec comme corollaire les cures thermales arsenicales et

chlorurées fortes avec, en cas de complications rhino-pharyngées, les stations sulfurées sodiques.

Naturellement ce tableau semble sombre; cet enfant étant un débile, sujet à diverses manifestations morbides qui peuvent chacune être grave; cependant il ne faut pas être trop pessimiste, car un traitement bien conduit et surtout précocement appliqué peut prétendre à corriger les tendances morbides de ce qu'on a essayé d'appeler « l'Arthro-Lymphatisme ».

Le Président de la thèse : SOREL.

Vu, le Doyen, CALVET

Vu et permis d'imprimer

Toulouse, le 21 Juin 1948

LE RECTEUR,
Président du Conseil de l'Université :
DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

BOULET. — L'insuffisance hépatique. (*Strasbourg Médical*, n° 32, pp. 523-525).

CANTORNE (G.). — L'insuffisance hépatique dans les syndromes digestifs de l'enfance. (*Presse thermale et climatique*, juin 1935, n° 3.295 p. 354).

GARNIER (Marcel). — Les limites actuelles de l'insuffisance hépatique. (*Presse Médicale*, 4 août 1928, p. 977).

GLÉNARD (R.). — Hépatisme et insuffisance hépatique. (*Journal Belge de Gastro-Entérologie*, avril 1936, n° 4.)

GUILLAUME (A.-C.). — Les parentés pathologiques de la Migraine. (*Archives Maladies de l'Appareil digestif*, t. XXVI, n° 1, p. 97.)

JACQUELIN. — Quelques types morphologiques en pathologie, Paris 1935.

LESAGE. — La débilité arthritique chez l'enfant.

MARFAU. — Le lymphatisme. (*Rapport du Congrès de La Bourboule*, 1936, t. I.)

MARFAN. — Sur l'étiologie et la pathologie des vomissements périodiques avec acetonemie. (*Archives Méd. Enfants*, janv. 1936, t. XXXIV, n° 1, p. 1.)

MOURIQUAND. — Les petits hépatiques de l'enfance. (*Nutrition*, t. II, n° 1.)

MOURIQUAND. — Rapport sur le lymphatisme. (*Congrès de La Bourboule*, 1936).

PERRIN et MATHIEU. — Foie et Arthritisme. (*Congrès de Vittel*, 1929).

PRADO TAGLE (E.) et VELASCO URZUA (Santiago-du-Chili). Contribution à l'étude des insuffisances hépatiques. (*Compte rendu Congrès Vichy*, 1937, t. II, p. 299.)

TAILLEUS. — Rapport sur le Lymphatisme. (*Congrès de La Bourboule*, 1936.)

WILLEMIN-CLOG. — Une conception nouvelle du Lymphatisme. (*Rapport des journées thermales et pédiatriques d'Auvergne*, mai 1948.)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION. 13

CHAPITRE I. — Les différents symptômes de l'Arthro-Lymphatisme 17

CHAPITRE II. — Les manifestations morbides aiguës du tempérament arthro - lymphatique 31

Etiologie 45

Pathogénie 47

Traitement. 49

CONCLUSIONS 53

BIBLIOGRAPHIE 57